



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



## EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/2021

### PROCESSO LICITATÓRIO Nº 127/2021

### INEXIGIBILIDADE Nº 001/2021

O **MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ**, situado na Av. Silveira Brum, 20, bairro Centro, Patrocínio do Muriaé-MG, inscrita no CNPJ sob o nº 17.947.607/0001-86, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal **PAULO AZIZ DAHER**, através da Comissão Permanente de Licitação, designados pela Portaria nº 091/2021, de 25 de Outubro 2021, nos termos do artigo 25, da Lei Federal n.º. 8.666/93, atualizada pelas Leis Federais 8.883, de 08 de junho de 1994 e 9.648/98, torna público aos interessados que encontra-se aberto o **CREDENCIAMENTO Nº 001/2021**, comunica aos interessados que está procedendo **CREDENCIAMENTO de EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES LABORATORIAIS OU LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS E/OU PONTO DE COLETAS**, com sede no Município de Patrocínio do Muriaé, com base na TABELA DE PREÇOS ELABORADA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ, para atender os pacientes da Rede Municipal de Saúde desta Municipalidade.

O credenciamento será executado em conformidade com as normas gerais da Lei Federal nº 8.666/1993 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis ao procedimento.

## 1. OBJETO/ SERVIÇOS

1.1. O presente Credenciamento tem por objeto credenciar empresa especializada na prestação de serviços de exames laboratoriais ou laboratórios de análises clínicas e/ou pontos de coletas, para serviços de procedimentos com finalidade diagnóstica, com emissão de laudos e/ou resultados, mediante solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, a serem realizados ao indivíduo usuário do Sistema Único de Saúde – SUS, que deles necessitem, nos termos do Termo de Referência / Projeto Básico (Anexo I), conforme Tabela de Preços da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Patrocínio do Muriaé, abaixo:

TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ			
Item	Código	Procedimento	VALOR DE REFERÊNCIA
1	02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 5,47
2	02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,40
3	02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 10,42
4	02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 6,66
5	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 8,96
6	02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 23,99
7	02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 23,99
8	02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 7,56



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



9	02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 7,56
10	02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 7,56
11	02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 5,04
12	02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMÍDIA	R\$ 7,79
13	02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 7,79
14	02.02.02.001-0	CITOQUÍMICA HEMATOLOGICA	R\$ 11,66
15	02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 6,32
16	02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 6,32
17	02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 6,32
18	02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 6,32
19	02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 3,67
20	02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 27,00
21	02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 27,00
22	02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 27,00
23	02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 4,91
24	02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 4,91
25	02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECÍFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 3,40
26	02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 3,40
27	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 10,12
28	02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 10,12
29	02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 7,79
30	02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 10,13
31	02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 18,45
32	02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 7,54
33	02.02.03.004-0	DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 117,00
34	02.02.03.125-0	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	R\$ 117,00
35	02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 172,80
36	02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 15,84
37	02.02.11.013-3	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 118,80
38	02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 118,80
39	02.02.11.012-5	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 118,80
40	02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 118,80
41	02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 19,17
42	02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 3,62
43	02.02.10.001-4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 324,00
44	02.02.10.002-2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 288,00
45	02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 288,00
46	02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 16,65
47	02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 2,75
48	02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 28,17
49	02.02.02.004-5	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 4,91
50	02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 6,53
51	02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 11,79
52	02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 6,62
53	02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 18,00
54	02.02.02.005-3	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 4,91
55	02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 5,09
56	02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPÍDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 11,81
57	02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 22,57
58	02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 6,66
59	02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 6,32
60	02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 22,57



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



61	02.02.02.006-1	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 4,91
62	02.02.06.003-9	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 26,44
63	02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 4,91
64	02.02.02.008-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 4,91
65	02.02.02.010-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 16,20
66	02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 4,91
67	02.02.02.011-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 10,42
68	02.02.02.012-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 5,13
69	02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 10,39
70	02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 4,91
71	02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 4,91
72	02.02.12.002-3	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 2,47
73	02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 16,65
74	02.02.11.010-9	DOSAGEM ATIVIDADE BIOTINIDASE EM AMOSTRAS SANGUE EM PAPEL FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 9,90
75	02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO CIQ DO CPLEMENTO	R\$ 30,89
76	02.02.11.009-5	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 14,40
77	02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXI PROGESTERONA	R\$ 18,36
78	02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 12,10
79	02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 12,10
80	02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 27,43
81	02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 6,32
82	02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 3,33
83	02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 12,10
84	02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 3,62
85	02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 3,71
86	02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 4,01
87	02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 6,62
88	02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 3,67
89	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 3,33
90	02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 28,17
91	02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 16,20
92	02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 25,42
93	02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 6,32
94	02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 3,62
95	02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 6,62
96	02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 21,40
97	02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 6,62
98	02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 6,62
99	02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 6,62
100	02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 27,11
101	02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 49,50
102	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 4,05
103	02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 18,00
104	02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 6,32
105	02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 21,62
106	02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 20,75
107	02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 18,00
108	02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 7,40
109	02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 33,39
110	02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 18,00
111	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 29,56
112	02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 11,66
113	02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 23,63
114	02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 24,26
115	02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 24,39
116	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 3,62
117	02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 11,79



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



118	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 3,33
119	02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 6,32
120	02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 25,88
121	02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 31,55
122	02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 7,40
123	02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 3,62
124	02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 6,62
125	02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 15,89
126	02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 105,50
127	02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 3,62
128	02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 3,33
129	02.02.11.014-1	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 270,00
130	02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 6,32
131	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 6,32
132	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 6,32
133	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 3,33
134	02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 6,62
135	02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 30,89
136	02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 30,89
137	02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 17,75
138	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 3,33
139	02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 3,40
140	02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 6,62
141	02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 7,42
142	02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 5,09
143	02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 20,25
144	02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 6,32
145	02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 6,32
146	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 6,62
147	02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 6,62
148	02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 16,15
149	02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 21,08
150	02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 2,97
151	02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 18,27
152	02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 20,79
153	02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 20,02
154	02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA	R\$ 28,17
155	02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 9,56
156	02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 13,70
157	02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 8,51
158	02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 14,56
159	02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 11,93
160	02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 27,00
161	02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 34,04
162	02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 11,99
163	02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 16,40
164	02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 18,92
165	02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 11,99
166	02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 9,90
167	02.02.11.005-2	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 21,78
168	02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 63,40
169	02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 3,69
170	02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 28,06
171	02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 6,32
172	02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 8,28
173	02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 28,17
174	02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 6,32
175	02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R\$ 3,62
176	02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 3,62
177	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 3,62
178	02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 3,62



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



179	02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 3,33
180	02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 3,62
181	02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 3,62
182	02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 3,62
183	02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 6,32
184	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 6,32
185	02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 25,47
186	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 3,33
187	02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,40
188	02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 6,62
189	02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 27,63
190	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 14,13
191	02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 5,47
192	02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 6,62
193	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 2,75
194	02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 4,91
195	02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 4,91
196	02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 14,15
197	02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 4,91
198	02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 6,62
199	02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 18,38
200	02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 14,20
201	02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 16,15
202	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 16,13
203	02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 30,89
204	02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 16,65
205	02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 30,89
206	02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 16,65
207	02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 18,31
208	02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 6,32
209	02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 6,62
210	02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 6,32
211	02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 4,05
212	02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 4,05
213	02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 3,62
214	02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 3,67
215	02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 18,00
216	02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 7,40
217	02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 18,00
218	02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 14,62
219	02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 3,62
220	02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 6,62
221	02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 77,63
222	02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 27,63
223	02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 6,62
224	02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 7,40
225	02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 6,32
226	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 3,33
227	02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 18,40
228	02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 18,27
229	02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 5,09
230	02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 3,67
231	02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,40
232	02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 2,52
233	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 3,33
234	02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 18,00
235	02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 23,74
236	02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 3,62
237	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 3,33
238	02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 27,63
239	02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 23,60



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



240	02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 6,32
241	02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 28,17
242	02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 18,77
243	02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 23,60
244	02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 6,62
245	02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 27,63
246	02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 15,77
247	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 20,88
248	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 3,62
249	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 3,62
250	02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 7,42
251	02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 6,32
252	02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 15,68
253	02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 9,90
254	02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 6,32
255	02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 16,20
256	02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 23,76
257	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 3,33
258	02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 27,43
259	02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 28,17
260	02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 24,03
261	02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 5,47
262	02.02.11.006-0	DOSAGEM FENILALANINA TSH OU T4 DETECCAO VARIANTE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 37,62
263	02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$ 246,60
264	02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 9,74
265	02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 6,62
266	02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 7,96
267	02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 9,41
268	02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 4,91
269	02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 11,81
270	02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 10,42
271	02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 5,47
272	02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 3,40
273	02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	R\$ 144,00
274	02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	R\$ 216,00
275	02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 5,04
276	02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 6,66
277	02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 19,17
278	02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 28,17
279	02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 537,26
280	02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 2,75
281	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 20,68
282	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 7,40
283	02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 10,13
284	02.02.12.004-0	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 19,17
285	02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 2,97
286	02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRÁFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 6,66
287	02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 30,89
288	02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 144,00
289	02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 4,91
290	02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 10,42
291	02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 7,79
292	02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRÁFIA)	R\$ 6,66
293	02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 3,67



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



294	02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 6,66
295	02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 18,00
296	02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 18,00
297	02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 16,65
298	02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 18,00
299	02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 16,65
300	02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 6,66
301	02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 10,49
302	02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 18,00
303	02.02.03.126-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R\$ 153,00
304	02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 30,89
305	02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 15,61
306	02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOS	R\$ 16,65
307	02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 18,00
308	02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 17,46
309	02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 17,46
310	02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 5,09
311	02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 18,00
312	02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 18,00
313	02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 30,89
314	02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 153,00
315	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 18,00
316	02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 33,39
317	02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 18,00
318	02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 30,89
319	02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 7,38
320	02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 9,90
321	02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 30,89
322	02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 30,89
323	02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 30,89
324	02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 30,89
325	02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 30,89
326	02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 30,89
327	02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 18,00
328	02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 30,89
329	02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 10,33
330	02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 30,89
331	02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 33,39
332	02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 33,39
333	02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 30,89
334	02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 33,39
335	02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 33,39
336	02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 14,00
337	02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 17,48
338	02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 33,39
339	02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 33,39
340	02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 16,65
341	02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS	R\$ 7,38
342	02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$ 33,39
343	02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 30,89
344	02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 5,09
345	02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 19,80
346	02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 16,65



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



347	02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 30,55
348	02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 16,65
349	02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	R\$ 54,00
350	02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 33,39
351	02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 30,89
352	02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 30,89
353	02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 30,89
354	02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 30,89
355	02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 33,39
356	02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 20,90
357	02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 18,00
358	02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 33,39
359	02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 16,65
360	02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 33,39
361	02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	R\$ 36,00
362	02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 33,39
363	02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 30,89
364	02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 30,89
365	02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 30,89
366	02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 30,89
367	02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 10,42
368	02.02.12.006-6	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 10,42
369	02.02.12.007-4	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 10,42
370	02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 24,03
371	02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 33,39
372	02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 33,39
373	02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 45,00
374	02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 5,04
375	02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 3,67
376	02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 4,32
377	02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 3,40
378	02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 7,40
379	02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 3,40
380	02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 3,67
381	02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 108,00
382	02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 3,67
383	02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 4,91
384	02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 5,09
385	02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 3,40
386	02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 2,97
387	02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 2,97
388	02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 6,66
389	02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 8,64
390	02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 7,79
391	02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 7,38
392	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 2,47
393	02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 3,67
394	02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 4,91
395	02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 3,67
396	02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 6,05
397	02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 2,97
398	02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 5,04
399	02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 7,79
400	02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 4,91





# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



401	02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 18,00
402	02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 3,67
403	02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 16,65
404	02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 3,67
405	02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 2,97
406	02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 5,04
407	02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 2,97
408	02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 2,97
409	02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 21,87
410	02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 6,66
411	02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 2,97
412	02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 2,97
413	02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 3,67
414	02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 7,99
415	02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,40
416	02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 18,45
417	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 2,97
418	02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 2,97
419	02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 3,67
420	02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 9,07
421	02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 4,91
422	02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 2,97
423	02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 2,97
424	02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 18,00
425	02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 10,12
426	02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 6,62
427	02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 7,40
428	02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 3,67
429	02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 17,46
430	02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 4,91
431	02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 4,91
432	02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (. A.B.C)	R\$ 3,40
433	02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 3,40
434	02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 3,19
435	02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 3,19
436	02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 32,40
437	02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 303,26
438	02.02.10.004-9	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 216,00
439	02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 4,91
440	02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 5,09
441	02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R\$ 3,40
442	02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,40
443	02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 21,60
444	02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 3,40
445	02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R\$ 21,62
446	02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 21,62
447	02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 21,62
448	02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 21,62
449	02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 8,44
450	02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 4,91
451	02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 8,44
452	02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 21,62
453	02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 21,62
454	02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 11,79
455	02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 4,91
456	02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 18,00
457	02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 18,00



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



458	02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 4,91
459	02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 5,09
460	02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$ 5,09
461	02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 15,17
462	02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 7,38
463	02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 3,19
464	02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 3,19
465	02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 10,42

**Observação<sup>1</sup>:** O laboratório ou posto de coleta interessado deverá possuir na sede do Município, local apropriado para a coleta dos materiais para os exames, devendo possuir atendente para marcação dos exames dos pacientes de segunda a sexta-feira em horário comercial, conforme pré-agendamento a ser realizado pela secretaria requisitante.

**Observação<sup>2</sup>:** Para a entrega das Notas Fiscais, deverá conter, relatório dos exames executados juntamente com os pedidos autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Patrocínio do Muriaé/MG.

**Observação<sup>3</sup>:** No valor proposto estão contidos todos os custos, lucros e despesas diretas e indiretas, tributos incidentes, encargos sociais, previdenciários, trabalhistas e comerciais, taxa de administração e lucro, materiais e mão-de-obra a serem empregados, seguros, fretes, combustível, embalagens, despesas com transporte, hospedagem, diárias, alimentação e quaisquer outros necessários ao fiel e integral cumprimento do objeto.

1.2. Conforme Termo de Referência/ Projeto Básico Anexo I, informamos que o valor relativo aos serviços a serem prestados, será no valor total de até R\$ 150.000,00 (Cento e Cinquenta Mil Reais) para 12 meses, ou seja, previsão de gastos de R\$ 12.500,00 (Doze Mil e Quinhentos Reais) por mês.

1.3. A Secretaria Municipal de Saúde fará a gestão, controle e fiscalização dos serviços objeto deste credenciamento, conforme demanda e empresas credenciados, não havendo garantia de execuções individuais mínimas.

1.3. Todos os serviços serão pagos de acordo com os valores constantes na tabela do item 1.1, efetivamente realizados.

## 2. CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO

2.1. As pessoas jurídicas interessadas em prestar os serviços, objeto deste credenciamento, deverão entregar os documentos indicados no item 3 desse edital na Administração Municipal de Patrocínio do Muriaé/MG, no Setor de Licitação, situada na Avenida Silveira Brum, nº 20 – 2º andar, bairro Centro, nesta cidade, no horário das 08:00 às 16:00 horas.

2.2. O credenciamento permanecerá aberto a futuros interessados que preencherem as condições previstas nesse edital, durante todo o seu período de vigência.



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



## 3. DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO

### 3.1. Os interessados deverão apresentar os seguintes Documentos de Habilitação:

- a) Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).
- b) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal.
- c) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual.
- d) Prova de regularidade para com as Fazendas Federais e relativa à Seguridade Social (INSS):
  - d.1) Secretaria da Receita Federal e
  - d.2) Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional.
- e) Prova de Regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviços (FGTS).
- f) Prova de inexistência de débitos perante a Justiça do Trabalho (CNDT), mediante apresentação de certidão expedida pela Justiça do Trabalho, de acordo com a Lei 12.440 de 07 de julho de 2011.
- g) Certidão Negativa de Falência ou Concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica.
- h) Estatuto ou Contrato social e última alteração contratual com objetivo pertinente ao objeto licitado no presente certame.
- i) Declaração de que não possui em seu quadro de pessoal empregados menores de 14 (quatorze) anos em qualquer trabalho, salvo, na condição de aprendiz, nos termos do inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal e na Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, conforme modelo no Anexo V.
- j) Declaração que não está impedida de participar de licitações e de contratar com a Administração Pública em razão de penalidades, nem fatos impeditivos de sua habilitação, conforme modelo do Anexo IV.
- k) Termo de Declaração, conforme modelo do Anexo III.

### 3.2. Habilitação Técnica

- a) Registro do responsável técnico no Conselho profissional correspondente, conforme exigências legais (Laboratório Credenciado).
- b) Comprovação de que o responsável técnico indicado na alínea “a” integra o quadro permanente da licitante, a ser realizada da seguinte forma:
  - b.1) Apresentação de cópia da CTPS ou apresentação de cópia do Contrato de Trabalho devidamente registrado;
  - b.2) Na hipótese do Responsável Técnico ser integrante do quadro social da empresa licitante, deverá ser apresentado o Contrato Social da Empresa ou documento equivalente, que comprove tal situação.
- c) Alvará de Localização e Funcionamento;



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



- d) Alvará ou Licença Sanitária, expedida pela Vigilância Sanitária Municipal, conforme exigência legais;
- e) Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, de acordo com RDC/ANVISA nº 302, de 13 de outubro de 2005;
- f) Atestado de capacidade técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, o qual mencione expressamente o fornecimento referente ao objeto deste Edital e seus Anexos, para o qual apresentará proposta conforme modelo no Anexo VI.
- g) Indicação do responsável técnico que realizará a coleta do material biológico para a realização do exames solicitados, quando necessário, através:
  - g.1) Registro do responsável técnico, do profissional indicado na alínea “g”, no Conselho profissional correspondente, conforme exigências legais.
  - g.2) Comprovação de que o responsável técnico indicado na alínea “g” integra o quadro permanente da licitante, a ser realizada da seguinte forma:
    - g.2.1) Apresentação de cópia da CTPS ou apresentação de cópia do Contrato de Trabalho devidamente registrado;
    - g.2.2) Na hipótese do Responsável Técnico ser integrante do quadro social da empresa licitante, deverá ser apresentado o Contrato Social da Empresa ou documento equivalente, que comprove tal situação.

### **3.3. Do Posto de Coleta, o licitante deverá apresentar, caso necessário:**

- a) Alvará de Localização e Funcionamento;
- b) Alvará ou Licença Sanitária, expedida pela Vigilância Sanitária, conforme exigência legais;
- c) Contrato de prestação de serviços que demonstre a vinculação junto ao Laboratório com inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, de acordo com RDC/ANVISA nº 302, de 13 de outubro de 2005

### **3.4. Disposições Gerais:**

- a) Os documentos necessários ao credenciamento poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por meio de cartório competente ou por servidor da Administração Pública, ou, ainda, por publicação em órgão da imprensa oficial.
- b) Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documento em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos.
- c) As certidões exigidas que não contiverem expresse o prazo de validade, não poderão ter data anterior a 180 (cento e oitenta) dias da data do recebimento das propostas.

## **4. CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS/ METODOLOGIA**



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



4.1 – Fornecimento do objeto será realizado de forma parcelada, de acordo com as necessidades da população local e mediante requisição da Secretaria Municipal de Saúde.

4.2 – Os resultados dos exames deverão ser disponibilizados em no máximo 10 (dez) dias úteis após a coleta dos materiais a serem examinados, tudo mediante apresentação da requisição a ser emitida pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.2.1 - O agendamento para coleta dos exames não poderão ultrapassar o prazo de 15 (quinze) dias.

4.2.3 - A CONTRATADA não deverá realizar exames com data da autorização posterior há 30 (trinta) dias.

4.3 – O laboratório de análises clínicas ou empresa especializada credenciado deverá possuir posto de coleta dentro do limite territorial do município de Patrocínio do Muriaé e atender todas as exigências descritas nos instrumentos normativos para funcionamento de laboratórios clínicos exigidos pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária):

- a) Lei nº 13.317, de 24 de setembro de 1999, que dispõe sobre o código de saúde do Estado de Minas Gerais;
- b) RDC ANVISA nº 302, de 13 de outubro de 2005, que dispõe sobre regulamento técnico para o funcionamento de laboratórios clínicos;
- c) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento de resíduos de serviços de saúde.

4.3.1 - O laboratório de análises clínicas (ponto de coleta) ou empresa especializada credenciada se responsabilizará pelo armazenamento, transporte e manipulação do material biológico para a realização dos exames necessários, devendo seguir todas as exigências descritas nos instrumentos normativos ordenados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

4.3.2 - A exigência referente à localização se faz necessária tendo em vista a redução de custos para a Administração Municipal, em razão do aumento do custo com o deslocamento dos pacientes até outras localidades para a fase de coleta do material, considerando ainda os princípios da economicidade, eficácia e eficiência.

4.3.3 - O laboratório de análises clínicas (ponto de coleta) ou empresa especializada credenciados deverão ter funcionamento de segunda – feira a sexta – feira, para coleta e atendimento a população. *As datas das coletas deverão ser pré-agendadas, com o laboratório de análises clínicas (ponto de coleta) ou empresa especializada vencedora, pela secretaria requisitante.*

4.3.4 – Os resultados dos exames (laudos) deverão ser disponibilizados ao paciente durante o horário de atendimento em papel timbrado que identifique o laboratório credenciado.

4.3.5– Os envelopes que contenham os resultados dos exames deverão ser apresentados devidamente lacrados, com identificação do paciente na parte externa, para que mantenha o sigilo e a privacidade do mesmo.

4.3.6 - O laboratório de análises clínicas (ponto de coleta) ou empresa especializada credenciados deverão realizar todos exames prescritos na receita autorizada, sem gerar nenhuma despesa ao portador, devendo fornecer inclusive os insumos necessários para a realização dos exames.

4.3.7 - A CONTRATADA será responsável pela coleta de material biológico (sangue, fezes, urina, etc.) e a coleta deverá ser realizada no próprio laboratório credenciado.



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



4.4 Nenhum vínculo empregatício se estabelecerá entre os empregados da empresa credenciada com o Município de Patrocínio do Muriaé.

4.5 – O prazo de vigência do credenciamento será de 12 meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do CREDENCIADO, por igual período.

4.6 – A empresa prestadora dos serviços deverá arcar com todas as despesas trabalhistas.

4.7. É vedado:

4.7.1 Credenciamento de profissionais que sejam servidores, conforme art. 84 da Lei nº 8.666/1993, do Município credenciante, bem como de pessoas jurídicas com as quais esses mantenham qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista, conforme art. 9º, inciso III e §3º, respectivamente, da Lei nº 8.666/1993;

4.7.2. A cobrança diretamente do beneficiário de quaisquer valores decorrentes do credenciamento.

4.8. O Município reserva-se o direito de fiscalizar, de forma permanente, a prestação dos serviços pelos credenciados, podendo proceder descredenciamento, em casos de má prestação dos serviços, que deverá ser verificada em processo administrativo específico, com garantia do contraditório e da ampla defesa.

4.9. Em caso de negativa injustificada de atendimento, posteriormente a conclusão do processo administrativo, além do descredenciamento, serão aplicadas as seguintes penalidades:

4.9.1. Multa no valor de 10% (dez por cento), por ocorrência;

4.9.2. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Município pelo prazo de 2 (dois) anos, conforme inciso III do art. 87 da Lei n.º 8.666/1993.

4.10. O credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que observando o prazo de antecedência de 30 (trinta) dias, durante o qual deverá atender a eventual demanda existente.

## 5. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

5.1. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, a contar do primeiro dia útil após o recebimento da Nota Fiscal/Fatura (inclusive arquivo XML – Nota Fiscal Eletrônica) pela Contratada que deverá corresponder aos serviços prestados devidamente atestada pelo setor competente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados, autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde deste Município, tendo como referencia o valor constante na tabela do item 1.1.



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



5.2. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação da autorização da prestação do serviço, emitido pela Secretária Municipal da Saúde, devidamente assinada pelo beneficiário, comprovando a efetiva prestação, acompanhada do documento fiscal idôneo.

## 6. FORMALIZAÇÃO

O credenciamento será formalizado mediante termo próprio, conforme Termo de Credenciamento - Anexo VII, contendo as cláusulas e condições previstas neste edital, bem como aquelas previstas no art. 55 da Lei nº 8.666/1993, que lhe forem pertinentes, ocasião em que deverá ser apresentada pelo interessado, como condição de assinatura do termo de credenciamento, a prova de regularidade com a Fazenda Municipal credenciante ao disposto no art. 193, do Código Tributário Nacional.

## 7. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas oriundas deste credenciamento correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

02.04.03.10.301.017.2.0023.3.3.90.39

02.04.01.10.301.017.2.0024.3.3.90.39

02.04.01.10.302.019.2.0027.3.3.90.39

## 8. IMPUGNAÇÕES E RECURSOS

8.1 Eventuais pedidos de impugnações ao presente edital de chamamento público deverão ser dirigidos a Comissão Permanente de Licitações e protocolizados durante o horário de expediente do Setor de Licitação, que se inicia às 08:00 horas e se encerra às 16:00 horas.

8.2 Da decisão relativa ao credenciamento ou descredenciamento caberá recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, que deverá ser dirigido ao Prefeito Municipal, ou que por ele for legalmente designado, e protocolizado durante o horário de expediente, que se inicia às 08:00 horas e se encerra às 16:00 horas.

8.3 É admitido o envio de impugnações do edital ou de recurso por e-mail, desde que original seja protocolado na forma dos itens 8.1 e 8.2 no prazo de 2 (dois) dias úteis, a contar do recebimento do e-mail, sob pena de indeferimento.

## 9. INFORMAÇÕES

9.1. Informações serão prestadas aos interessados do presente edital e seus anexos junto ao Município, Setor de Licitação, em dias úteis, das 08:00 às 16:00 horas, na Av. Silveira Brum, nº 20 - Centro – 2º



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



andar – Patrocínio do Muriaé – MG, onde poderão ser obtidas cópias do edital e seus anexos, ou solicitando através do site [licitacao@patrociniodomuriaemg.gov.br](mailto:licitacao@patrociniodomuriaemg.gov.br), ou ainda retirado no site <http://www.patrociniodomuriaemg.gov.br> a partir da presente data.

9.2. Constituem anexos deste instrumento convocatório, dele fazendo parte integrante:

Anexo I – Termo de Referência / Projeto Básico

Anexo II – Requerimento de Credenciamento

Anexo III – Modelo do Termo de Declaração e Cumprimento Requisitos de Habilitação

Anexo IV – Modelo Declaração de Superveniência

Anexo V – Modelo de Declaração de Cumprimento do Disposto no Inciso XXXIII do art. 7º, da Constituição da República Federativa do Brasil

Anexo VI – Modelo de Atestado de Capacidade Técnica

Anexo VII – Termo de Credenciamento

Patrocínio do Muriaé, 30 de Novembro de 2021.

**SILVANIA CORREA CLEMENTE**  
Presidente da Comissão Permanente de  
Licitação

**PAULO AZIZ DAHER**  
Prefeito do Município de Patrocínio do Muriaé





# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



**CRENCIAMENTO Nº 001/2021**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 127/2021 / INEXIGIBILIDADE Nº 001/2021**

## ANEXO I

### **TERMO DE REFERÊNCIA/ PROJETO BÁSICO**

**PROJETO BÁSICO PARA CADASTRAMENTO DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS E/OU POSTOS DE COLETA COM SEDE NO MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ COM BASE NA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ, PARA ATENDER OS PACIENTES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DESTA MUNICIPALIDADE.**

#### **1.1. Objeto/ Serviços**

O presente estudo tem por objeto credenciar empresas especializadas na prestação de serviços de exames laboratoriais ou laboratórios de análises clínicas e/ou pontos de coletas, para serviços de procedimentos com finalidade diagnóstica, com emissão de laudos e/ou resultados, com sede no Município de Patrocínio do Muriaé, como base na Tabela Unificada de Procedimentos da Secretaria Municipal de Saúde, para atender os pacientes da Rede Municipal de Saúde de Patrocínio do Muriaé, observados os prazos e procedimentos descritos no projeto básico.

#### **1.2. Objetivo Geral**

Possibilitar o atendimento das demandas diagnósticas em saúde para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente diante das situações de urgência diagnóstica, bem como, diante de demandas judiciais.

#### **1.3. Objetivos Específicos**

- Realizar procedimentos na sede do Município de Patrocínio do Muriaé com finalidade diagnóstica, a fim de minimizar transtornos judiciais;
- Possibilitar, através do cadastramento de pessoas jurídicas, o atendimento imediato das demandas em situação de urgência, a fim de garantir ao usuário o direito ao tratamento, respeitando-se o princípio da equidade;
- Garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços nesta modalidade, respeitando-se o critério da co-responsabilização no Pacto pela Saúde, sem prejudicar o princípio da legalidade, moralidade e probidade administrativa da máquina pública.



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



## 2. JUSTIFICATIVA

O fortalecimento da gestão municipalizada no âmbito do SUS constitui uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde.

No momento atual, o Município de Patrocínio do Muriaé ainda não possui estrutura própria para atender os procedimentos com finalidade diagnóstica. De acordo com esta política de estado, cada Município possui um número pré-estabelecido de exames e consultas mensais, denominados “cotas”, que são calculadas utilizando-se de informações como senso demográfico e organização da estrutura de saúde disponível à população, que hoje se mostra insuficiente diante da demanda atual do Município. Desta forma, os pacientes atendidos na rede de atenção à saúde ou nas referências especializadas acabam por se submeterem a uma longa e demorada fila de espera por atendimento, o que acarreta, em tempo, danos à saúde bem como implica, muitas vezes, na perda da realização de procedimentos de média e alta complexidade que também são regulados pela PPI, mas que dependem de diagnóstico prévio para acontecerem.

Sendo assim, na tentativa de garantir o acesso imediato da comunidade a procedimentos com finalidade diagnóstica em situação de urgência, possibilitar o atendimento a demandas judiciais com valores mais atrativos aos cofres públicos, bem como, a fim de contemplar procedimentos cuja demanda seja superior às cotas ofertadas pela regulação estadual a partir da PPI, a Secretaria Municipal da Saúde esta buscando de forma favorável ao compromisso com o desenvolvimento humano, equidade e autonomia em relação ao atendimento dos padrões mínimos de seguridade para o crescimento comunitário, criar mecanismos que possibilitem acesso direto do cidadão a estes serviços de saúde, bem como, que reflitam planejamento e economia aos interesses da instituição pública, no âmbito da saúde.

## 3. AMPARO LEGAL

Artigo 25, caput, da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, em vista da inviabilidade de competição.

Serão credenciados todos os interessados que a tempo e modo atenderem às exigências fixadas no edital. O credenciamento significa a inclusão do interessado no cadastro. Prestado o serviço, o profissional pleiteará à administração a respectiva remuneração, conforme valor e modo fixados no item próprio, abaixo.

## 4. HABILITAÇÃO

Para habilitar-se, o interessado deverá atender às disposições do edital quanto à documentação necessária, locais e forma de apresentação, que, além dos documentos de praxe para qualquer contratação com a administração pública.



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



## 5. FORMA DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS/ METODOLOGIA

A solicitação para realização dos procedimentos com finalidade diagnóstica deverá ser precedida de consulta médica e encaminhamento em formulário próprio do município, assinado por profissional que atenda na rede SUS. Atendendo a estes critérios, o usuário deverá se dirigir à Secretaria Municipal de Saúde para que seja devidamente referenciado ao procedimento solicitado.

Os critérios de execução elencados abaixo devem ser observados:

1. A realização dos referidos exames ocorrerá nos laboratórios credenciados .
2. O deslocamento até o local da realização do exame será de responsabilidade total do paciente, exceto em caso de coleta domiciliar;
3. A execução dos serviços será efetuada de acordo com a oferta da Secretaria Municipal de Saúde;
4. Os procedimentos a serem realizados serão previamente agendados pelo Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, dentro dos limites estipulados no contrato;
5. Os contratados disponibilizarão para a Secretaria Municipal de Saúde uma agenda específica para a realização dos procedimentos com finalidade diagnóstica;
6. A distribuição dos resultados será de responsabilidade da empresa, que assumirá todo o ônus decorrente dos procedimentos. Os mesmos deverão ser impressos e assinados por profissional devidamente habilitado, com registro no CRM, e encaminhados para a Secretaria Municipal da Saúde, quando não puder ser entregue diretamente ao paciente na ocasião do exame.
7. A realização do serviço fica condicionada ao recebimento de encaminhamento em formulário próprio do município, bem como ao agendamento prévio por parte do Setor de Regulação municipal;
8. Os serviços deverão ser prestados por profissionais devidamente habilitados e identificados.

5.1. Fornecimento do objeto será realizado de forma parcelada, de acordo com as necessidades da população local e mediante requisição da Secretaria Municipal de Saúde.

5.2. Os resultados dos exames deverão ser disponibilizados em no máximo 10 (dez) dias úteis após a coleta dos materiais a serem examinados, tudo mediante apresentação da requisição a ser emitida pela Secretaria Municipal de Saúde.

5.3. O agendamento para coleta dos exames não poderão ultrapassar o prazo de 15 (quinze) dias.

5.4. A CONTRATADA não deverá realizar exames com data da autorização posterior há 30 (trinta) dias.

5.5. O laboratório de análises clínicas ou empresa especializada credenciada deverá possuir posto de coleta dentro do limite territorial do município de Patrocínio do Muriaé e atender todas as exigências descritas nos instrumentos normativos para funcionamento de laboratórios clínicos exigidos pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária):

- a) Lei nº 13.317, de 24 de setembro de 1999, que dispõe sobre o código de saúde do Estado de Minas Gerais;



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



- b) RDC ANVISA nº 302, de 13 de outubro de 2005, que dispõe sobre regulamento técnico para o funcionamento de laboratórios clínicos;
- c) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento de resíduos de serviços de saúde.

5.5.1. O laboratório de análises clínicas (ponto de coleta) ou empresa especializada credenciada se responsabilizará pelo armazenamento, transporte e manipulação do material biológico para a realização dos exames necessários, devendo seguir todas as exigências descritas nos instrumentos normativos ordenados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

5.5.2. A exigência referente à localização se faz necessária tendo em vista a redução de custos para a Administração Municipal, em razão do aumento do custo com o deslocamento dos pacientes até outras localidades para a fase de coleta do material, considerando ainda os princípios da economicidade, eficácia e eficiência.

5.5.3. O laboratório de análises clínicas (ponto de coleta) ou empresa especializada credenciados deverão ter funcionamento de segunda – feira a sexta – feira, para coleta e atendimento a população. *As datas das coletas deverão ser pré-agendadas, com o laboratório de análises clínicas (ponto de coleta) ou empresa especializada vencedora, pela secretaria requisitante.*

5.5.4. Os resultados dos exames (laudos) deverão ser disponibilizados ao paciente durante o horário de atendimento em papel timbrado que identifique o laboratório credenciado.

5.5.5. Os envelopes que contenham os resultados dos exames deverão ser apresentados devidamente lacrados, com identificação do paciente na parte externa, para que mantenha o sigilo e a privacidade do mesmo.

5.5.6. O laboratório de análises clínicas (ponto de coleta) ou empresa especializada credenciados deverão realizar todos exames prescritos na receita autorizada, sem gerar nenhuma despesa ao portador, devendo fornecer inclusive os insumos necessários para a realização dos exames.

5.5.7. A CONTRATADA será responsável pela coleta de material biológico (sangue, fezes, urina, etc.) e a coleta deverá ser realizada no próprio laboratório credenciado.

5.6. Nenhum vínculo empregatício se estabelecerá entre os empregados da empresa credenciada com o Município de Patrocínio do Muriaé.

5.7. O prazo de vigência do credenciamento será de 12 meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do CREDENCIADO, por igual período.

5.8. A empresa prestadora dos serviços deverá arcar com todas as despesas trabalhistas.

## 6. OBRIGAÇÕES GERAIS:

6.1. Os credenciados não poderão cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos desse contrato, responsabilizando-se por qualquer cobrança indevida por profissional empregado ou preposto, sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da formalidade sobre a execução do objeto desse projeto básico;



## MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



- 6.2. Os contraentes deverão reconhecer a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente da Lei Orgânica da Saúde;
- 6.3. É de responsabilidade exclusiva e integral do Contratado a utilização de pessoal para execução do objeto deste projeto básico, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o Município;
- 6.4. O Contratado não deverá utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- 6.5. O Contratado deverá atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços, garantindo o cumprimento das diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;
- 6.6. O Contratado deverá cumprir e fazer cumprir as normas técnicas emanadas do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde;
- 6.7. O Contratado deverá justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto em contrato;
- 6.8. O Contratado deverá manter atualizado seu registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- 6.9. O Contratado deverá apresentar, mensalmente ou sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;
- 6.10. O Contratado deverá entregar ao usuário ou a seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado onde conste, também, a inscrição: “Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais”;
- 6.11. O Contratado deverá manter contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, sociais e previdenciários aos seus trabalhadores e prestadores de serviço;
- 6.12. O Contratado deverá garantir acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício do seu poder de fiscalização.

### **7. SERVIÇOS CONTRATADOS, VALORES E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

- 7.1. Conforme estimativa da Secretaria Municipal de Saúde, informamos que o valor relativo aos serviços a serem prestados, será no valor total de até R\$ 150.000,00 (Cento e Cinquenta Mil Reais) para 12 meses, ou seja, previsão de gastos de R\$ 12.500,00 (Doze Mil e Quinhentos Reais) por mês.
- 7.2. A Secretaria Municipal de Saúde fará a gestão, controle e fiscalização dos serviços objeto deste credenciamento, conforme demanda e empresas credenciadas, não havendo garantia de execuções individuais mínimas.



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



7.3. Todos os serviços serão pagos de acordo com os valores constantes na tabela do item 1.1, efetivamente realizados.

7.4. Os serviços contratados serão **Procedimentos com finalidade diagnóstica** e, pela sua efetiva prestação, serão pagos os valores de acordo com a Tabela Unificada de Procedimento da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Patrocínio do Muriaé, em anexo.

7.5. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, a contar do primeiro dia útil após o recebimento da Nota Fiscal/Fatura (inclusive arquivo XML – Nota Fiscal Eletrônica) pela Contratada que deverá corresponder aos serviços prestados devidamente atestada pelo setor competente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados, autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde deste Município, tendo como referencia o valor constante na tabela do item 1.1.

7.6. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação da autorização da prestação do serviço, emitido pela Secretária Municipal da Saúde, devidamente assinada pelo beneficiário, comprovando a efetiva prestação, acompanhada do documento fiscal idôneo.

## **9. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

02.04.03.10.301.017.2.0023.3.3.90.39

02.04.01.10.301.017.2.0024.3.3.90.39

02.04.01.10.302.019.2.0027.3.3.90.39

## **10. PERÍODO DE VIGÊNCIA:**

A vigência do contrato deverá ser de 12 meses, prorrogáveis por igual período, nos termos da Lei Federal 8.666/93, ou até que, justificadamente, venha a ser rescindido.



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



## **Anexo do Termo de Referência/ Projeto Básico**

Tabela Unificada de Procedimento da Secretaria Municipal de Saúde  
do Município de Patrocínio do Muriaé  
(*Arquivo Digital*)



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



CRENCIAMENTO Nº 001/2021

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 127/2021 / INEXIGIBILIDADE Nº 001/2021

## ANEXO II

### REQUERIMENTO DE CRENCIAMENTO

Ao  
Município de Patrocínio do Muriaé  
Setor de Licitação

**OBJETO:** Credenciamento da empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, Sr. (a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, no Credenciamento nº 001/2021, para serviços de procedimentos com finalidade diagnóstica, com emissão de laudos e/ou resultados, mediante solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, a serem realizados ao indivíduo usuário do Sistema Único de Saúde – SUS, que deles necessitem, nos termos do Termo de Referência / Projeto Básico (Anexo I), tendo como base a Tabela de Preços da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Patrocínio do Muriaé, abaixo:

TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ			
Item	Código	Procedimento	VALOR DE REFERÊNCIA
1	02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 5,47
2	02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,40
3	02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 10,42
4	02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 6,66
5	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 8,96
6	02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 23,99
7	02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 23,99
8	02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 7,56
9	02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 7,56
10	02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 7,56
11	02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 5,04
12	02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 7,79
13	02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 7,79
14	02.02.02.001-0	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 11,66
15	02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 6,32
16	02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 6,32
17	02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 6,32
18	02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 6,32
19	02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 3,67
20	02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 27,00
21	02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 27,00
22	02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 27,00
23	02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 4,91
24	02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 4,91
25	02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 3,40
26	02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 3,40
27	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 10,12
28	02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 10,12
29	02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 7,79
30	02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 10,13





# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



31	02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 18,45
32	02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 7,54
33	02.02.03.004-0	DETECCAO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 117,00
34	02.02.03.125-0	DETECCÃO DE RNA DO HTLV-1	R\$ 117,00
35	02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 172,80
36	02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 15,84
37	02.02.11.013-3	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 118,80
38	02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 118,80
39	02.02.11.012-5	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 118,80
40	02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 118,80
41	02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 19,17
42	02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 3,62
43	02.02.10.001-4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 324,00
44	02.02.10.002-2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 288,00
45	02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 288,00
46	02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 16,65
47	02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 2,75
48	02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 28,17
49	02.02.02.004-5	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 4,91
50	02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 6,53
51	02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 11,79
52	02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 6,62
53	02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 18,00
54	02.02.02.005-3	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 4,91
55	02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 5,09
56	02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 11,81
57	02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 22,57
58	02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 6,66
59	02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 6,32
60	02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 22,57
61	02.02.02.006-1	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 4,91
62	02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 26,44
63	02.02.02.007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 4,91
64	02.02.02.008-8	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 4,91
65	02.02.02.010-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 16,20
66	02.02.02.009-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 4,91
67	02.02.02.011-8	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 10,42
68	02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 5,13
69	02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 10,39
70	02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 4,91
71	02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSOLIDIFICACAO (VHS)	R\$ 4,91
72	02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 2,47
73	02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 16,65
74	02.02.11.010-9	DOSAGEM ATIVIDADE BIOTINIDASE EM AMOSTRAS SANGUE EM PAPEL FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 9,90
75	02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 30,89
76	02.02.11.009-5	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 14,40
77	02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 18,36
78	02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 12,10



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



79	02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 12,10
80	02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 27,43
81	02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 6,32
82	02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 3,33
83	02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 12,10
84	02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 3,62
85	02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 3,71
86	02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 4,01
87	02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 6,62
88	02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 3,67
89	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 3,33
90	02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 28,17
91	02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 16,20
92	02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 25,42
93	02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 6,32
94	02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 3,62
95	02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 6,62
96	02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 21,40
97	02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 6,62
98	02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 6,62
99	02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 6,62
100	02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 27,11
101	02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 49,50
102	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 4,05
103	02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 18,00
104	02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 6,32
105	02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 21,62
106	02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 20,75
107	02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 18,00
108	02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 7,40
109	02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 33,39
110	02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 18,00
111	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 29,56
112	02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 11,66
113	02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 23,63
114	02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 24,26
115	02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 24,39
116	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 3,62
117	02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 11,79
118	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 3,33
119	02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 6,32
120	02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 25,88
121	02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 31,55
122	02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXY-HEMOGLOBINA	R\$ 7,40
123	02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 3,62
124	02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 6,62
125	02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 15,89
126	02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 105,50
127	02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 3,62
128	02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 3,33
129	02.02.11.014-1	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 270,00
130	02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 6,32
131	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 6,32
132	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 6,32
133	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 3,33
134	02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 6,62
135	02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 30,89
136	02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 30,89
137	02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 17,75
138	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 3,33
139	02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 3,40



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



140	02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 6,62
141	02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 7,42
142	02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 5,09
143	02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 20,25
144	02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 6,32
145	02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 6,32
146	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 6,62
147	02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 6,62
148	02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 16,15
149	02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 21,08
150	02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 2,97
151	02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 18,27
152	02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 20,79
153	02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 20,02
154	02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 28,17
155	02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 9,56
156	02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 13,70
157	02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 8,51
158	02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 14,56
159	02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 11,93
160	02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 27,00
161	02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 34,04
162	02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 11,99
163	02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 16,40
164	02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 18,92
165	02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 11,99
166	02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 9,90
167	02.02.11.005-2	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 21,78
168	02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 63,40
169	02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 3,69
170	02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 28,06
171	02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 6,32
172	02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 8,28
173	02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 28,17
174	02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 6,32
175	02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R\$ 3,62
176	02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 3,62
177	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 3,62
178	02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 3,62
179	02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 3,33
180	02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 3,62
181	02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 3,62
182	02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 3,62
183	02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 6,32
184	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 6,32
185	02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 25,47
186	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 3,33
187	02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,40
188	02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 6,62
189	02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 27,63
190	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 14,13
191	02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 5,47
192	02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 6,62
193	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 2,75
194	02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 4,91
195	02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 4,91
196	02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 14,15
197	02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 4,91
198	02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 6,62
199	02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 18,38



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



200	02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 14,20
201	02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 16,15
202	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 16,13
203	02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 30,89
204	02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 16,65
205	02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 30,89
206	02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 16,65
207	02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 18,31
208	02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 6,32
209	02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 6,62
210	02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 6,32
211	02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 4,05
212	02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 4,05
213	02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 3,62
214	02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 3,67
215	02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 18,00
216	02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 7,40
217	02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 18,00
218	02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 14,62
219	02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 3,62
220	02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 6,62
221	02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 77,63
222	02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 27,63
223	02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 6,62
224	02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 7,40
225	02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 6,32
226	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 3,33
227	02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 18,40
228	02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 18,27
229	02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 5,09
230	02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 3,67
231	02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,40
232	02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 2,52
233	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 3,33
234	02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 18,00
235	02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 23,74
236	02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 3,62
237	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 3,33
238	02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 27,63
239	02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 23,60
240	02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 6,32
241	02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 28,17
242	02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 18,77
243	02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 23,60
244	02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 6,62
245	02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 27,63
246	02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 15,77
247	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 20,88
248	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 3,62
249	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 3,62
250	02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 7,42
251	02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 6,32
252	02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 15,68
253	02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 9,90
254	02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 6,32
255	02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 16,20
256	02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 23,76
257	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 3,33
258	02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 27,43
259	02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 28,17
260	02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 24,03



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



261	02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 5,47
262	02.02.11.006-0	DOSAGEM FENILALANINA TSH OU T4 DETECCAO VARIANTE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 37,62
263	02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$ 246,60
264	02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 9,74
265	02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 6,62
266	02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 7,96
267	02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 9,41
268	02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 4,91
269	02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 11,81
270	02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 10,42
271	02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 5,47
272	02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 3,40
273	02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	R\$ 144,00
274	02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	R\$ 216,00
275	02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 5,04
276	02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 6,66
277	02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 19,17
278	02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 28,17
279	02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 537,26
280	02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 2,75
281	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 20,68
282	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 7,40
283	02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 10,13
284	02.02.12.004-0	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 19,17
285	02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 2,97
286	02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 6,66
287	02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 30,89
288	02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 144,00
289	02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 4,91
290	02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 10,42
291	02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 7,79
292	02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 6,66
293	02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 3,67
294	02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 6,66
295	02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 18,00
296	02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 18,00
297	02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 16,65
298	02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 18,00
299	02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 16,65
300	02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 6,66
301	02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 10,49
302	02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 18,00
303	02.02.03.126-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R\$ 153,00
304	02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 30,89
305	02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 15,61
306	02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 16,65
307	02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 18,00
308	02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 17,46
309	02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 17,46
310	02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 5,09
311	02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 18,00
312	02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 18,00
313	02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 30,89



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



314	02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 153,00
315	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 18,00
316	02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 33,39
317	02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 18,00
318	02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 30,89
319	02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 7,38
320	02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 9,90
321	02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 30,89
322	02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 30,89
323	02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 30,89
324	02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 30,89
325	02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 30,89
326	02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPIARIETAIS	R\$ 30,89
327	02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 18,00
328	02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 30,89
329	02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 10,33
330	02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 30,89
331	02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 33,39
332	02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 33,39
333	02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 30,89
334	02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 33,39
335	02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 33,39
336	02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 14,00
337	02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 17,48
338	02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 33,39
339	02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 33,39
340	02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 16,65
341	02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 7,38
342	02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$ 33,39
343	02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 30,89
344	02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 5,09
345	02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 19,80
346	02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 16,65
347	02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 30,55
348	02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 16,65
349	02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	R\$ 54,00
350	02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 33,39
351	02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 30,89
352	02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 30,89
353	02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 30,89
354	02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$ 30,89
355	02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 33,39
356	02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 20,90
357	02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 18,00
358	02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 33,39
359	02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 16,65
360	02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 33,39
361	02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	R\$ 36,00
362	02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 33,39
363	02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 30,89
364	02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-	R\$ 30,89



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



		HERPES ZOSTER	
365	02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 30,89
366	02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 30,89
367	02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 10,42
368	02.02.12.006-6	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 370C	R\$ 10,42
369	02.02.12.007-4	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 10,42
370	02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 24,03
371	02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 33,39
372	02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 33,39
373	02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 45,00
374	02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 5,04
375	02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 3,67
376	02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 4,32
377	02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 3,40
378	02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 7,40
379	02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 3,40
380	02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 3,67
381	02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 108,00
382	02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 3,67
383	02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 4,91
384	02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 5,09
385	02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 3,40
386	02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 2,97
387	02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 2,97
388	02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 6,66
389	02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 8,64
390	02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 7,79
391	02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 7,38
392	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 2,47
393	02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 3,67
394	02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 4,91
395	02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 3,67
396	02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 6,05
397	02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 2,97
398	02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 5,04
399	02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 7,79
400	02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 4,91
401	02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 18,00
402	02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 3,67
403	02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 16,65
404	02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 3,67
405	02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 2,97
406	02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 5,04
407	02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 2,97
408	02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 2,97
409	02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 21,87
410	02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 6,66
411	02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 2,97
412	02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 2,97
413	02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 3,67
414	02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 7,99
415	02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,40
416	02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 18,45
417	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 2,97
418	02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 2,97
419	02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 3,67
420	02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 9,07
421	02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 4,91
422	02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 2,97



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



423	02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 2,97
424	02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 18,00
425	02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 10,12
426	02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 6,62
427	02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 7,40
428	02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 3,67
429	02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 17,46
430	02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 4,91
431	02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 4,91
432	02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (. A.B.C)	R\$ 3,40
433	02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 3,40
434	02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 3,19
435	02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 3,19
436	02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 32,40
437	02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 303,26
438	02.02.10.004-9	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 216,00
439	02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 4,91
440	02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 5,09
441	02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R\$ 3,40
442	02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 3,40
443	02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 21,60
444	02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 3,40
445	02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R\$ 21,62
446	02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 21,62
447	02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 21,62
448	02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 21,62
449	02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 8,44
450	02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 4,91
451	02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 8,44
452	02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 21,62
453	02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 21,62
454	02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 11,79
455	02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 4,91
456	02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 18,00
457	02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 18,00
458	02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 4,91
459	02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 5,09
460	02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$ 5,09
461	02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 15,17
462	02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 7,38
463	02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 3,19
464	02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 3,19
465	02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 10,42

**DATA DA PROPOSTA:** A PARTIR DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**VALIDADE DA PROPOSTA:** 12 (doze) meses.

**DADOS DA EMPRESA PROPONENTE:**

Razão Social:

CNPJ sob nº:

Endereço Completo:

Fax:

Telefone:

E-mail:

**DADOS BANCÁRIOS:**

**Local e data**

**Empresa Proponente/Representante legal da empresa**





# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



**CREENCIAMENTO Nº 001/2021**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 127/2021 / INEXIGIBILIDADE Nº 001/2021**

## ANEXO III

### **MODELO DE DECLARAÇÃO CUMPRIMENTO REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que não pertence ao quadro societário da empresa \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, servidor(es) público(s) da ativa, ou empregado(s) de empresa pública ou de sociedade de economia mista, por serviços prestados, inclusive consultoria, assistência técnica ou assemelhados.

Declaro ainda que estamos cientes e cumprimos plenamente os requisitos de habilitação estabelecidos no Edital de Credenciamento nº 001/2021 do Processo de Licitação nº 127/2021, Inexigibilidade nº 001/2021.

\_\_\_\_\_  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
(Declarante)

**Obs.: Emitir em papel (ou com carimbo) que identifique a empresa.**



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



**CRENCIAMENTO Nº 001/2021**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 127/2021 / INEXIGIBILIDADE Nº 001/2021**

## ANEXO IV

### **MODELO DA DECLARAÇÃO DE SUPERVENIÊNCIA**

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, Sr. (a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARA, para fins do disposto no Edital, sob as sanções administrativas cabíveis e sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório. Declara ainda estar ciente da obrigatoriedade de comunicar a ocorrência de qualquer evento impeditivo posterior.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente para todos os fins e efeitos legais.

\_\_\_\_\_  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
(Representante legal)

**Obs.: Emitir em papel (ou com carimbo) que identifique a empresa.**



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



**CRENCIAMENTO Nº 001/2021**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 127/2021 / INEXIGIBILIDADE Nº 001/2021**

## ANEXO V

### **MODELO DE DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, representante legal da empresa \_\_\_\_\_, no Edital de Credenciamento nº 001/2021 do Processo de Licitação nº 127/2021, Inexigibilidade nº 001/2021, deste MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ - MG, declaro, sob as penas da Lei que em cumprimento ao disposto no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição da República, não possuímos em nossos quadros trabalhadores menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e menores de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Local, data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Cargo  
**(Representante Legal)**

**Obs:** Emitir em papel que identifique a **licitante** ou por carimbo que a identifique.  
**Declaração a ser emitida pela licitante e assinada por seu representante legal.**

**(Obs: Não precisa ser reconhecido firma em cartório)**



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



**CRENCIAMENTO Nº 001/2021**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 127/2021 / INEXIGIBILIDADE Nº 001/2021**

## ANEXO VI

### **MODELO DE ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

Atestamos para os devidos fins que a empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_, fornece \_\_\_\_\_, e vem cumprindo fielmente com o solicitado por esta empresa.

Conforme o exposto, asseguramos que os materiais fornecidos são de boa qualidade e total segurança.

Sem mais para o momento,

É o que nos cumpre informar.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Local, data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Cargo  
**(Representante Legal)**

**Obs:** Emitir em papel que identifique a empresa ou por carimbo que a identifique.

**(Obs: Não precisa ser reconhecido firma em cartório)**



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



**CRENCIAMENTO Nº 001/2021**

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 127/2021 / INEXIGIBILIDADE Nº 001/2021**

## ANEXO VII

**MODELO DE TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

Termo de credenciamento para a prestação de serviços de procedimentos com finalidade diagnóstica, com emissão de laudos e/ou resultados, para a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Patrocínio do Muriaé.

**O MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ/MG**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ Ministério da Fazenda sob o nº 17.947.607/0001-86, com sede à Av. Silveira Brum, nº 20 – 2º andar, bairro Centro, em Patrocínio do Muriaé – MG, neste ato representado por seu Prefeito Municipal Dr. PAULO AZIZ DAHER, nos termos do artigo 25, da Lei Federal n.º. 8.666/93, doravante denominado CREDENCIANTE, e [...] (qualificar), inscrito no CNPJ (ou CPF/MF) sob o nº [...], doravante denominado CREDENCIADO, têm justo e acordado este Termo de Credenciamento, em conformidade com a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, Processo Licitatório nº 127/2021 – Inexigibilidade nº 001/2021 – Credenciamento nº 001/2021 e suas alterações, e mediante as seguintes cláusulas e condições:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

O presente termo tem por objeto o credenciamento de empresa especializada na prestação de serviços de exames laboratoriais ou laboratórios de análises clínicas e/ou pontos de coletas, para serviços de procedimentos com finalidade diagnóstica, com emissão de laudos e/ou resultados, mediante solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, a serem realizados ao indivíduo usuário do Sistema Único de Saúde – SUS, que deles necessitem, nos termos do Termo de Referência / Projeto Básico (Anexo I), tendo como base a Tabela de Preços da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Patrocínio do Muriaé, partes integrantes deste termo.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – PRAZO**

O prazo de vigência do credenciamento será de 12 meses, a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por interesse do CREDENCIANTE e anuência do CREDENCIADO, por igual período.



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



## CLÁUSULA TERCEIRA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1. Os serviços contratados serão **Procedimentos com finalidade diagnóstica** e, pela sua efetiva prestação, serão pagos os valores de acordo com a Tabela Unificada de Procedimento da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Patrocínio do Muriaé, em anexo.

3.2. O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, a contar do primeiro dia útil após o recebimento da Nota Fiscal/Fatura (inclusive arquivo XML – Nota Fiscal Eletrônica) pela Contratada que deverá corresponder aos serviços prestados devidamente atestada pelo setor competente, tendo em conta o número de procedimentos efetivamente realizados, autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde deste Município, tendo como referencia o valor constante na tabela do item 1.1.

3.3. O pagamento somente será efetuado mediante apresentação da autorização da prestação do serviço, emitido pela Secretária Municipal da Saúde, devidamente assinada pelo beneficiário, comprovando a efetiva prestação, acompanhada do documento fiscal idôneo.

## CLÁUSULA QUARTA – CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

4.1. O credenciamento caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços;

4.2. O CREDENCIADO deverá manter, durante a vigência deste termo, as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

4.3. É de responsabilidade exclusiva e integral do CREDENCIADO a utilização de pessoal para a execução dos respectivos procedimentos, incluídos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais e fiscais resultantes de vínculo empregatício ou comerciais;

4.4. É vedado:

4.4.1. O credenciamento de profissionais que sejam servidores, conforme art. 84 da Lei nº 8.666/1993, do Município credenciante, bem como de pessoas jurídicas com as quais esses mantenham qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista, conforme art. 9º, inciso III e §3º, respectivamente, da Lei nº 8.666/1993;

4.4.2. A cobrança diretamente do beneficiário de quaisquer valores decorrentes do credenciamento.

## CLÁUSULA QUINTA - FISCALIZAÇÃO



# MUNICÍPIO DE PATROCÍNIO DO MURIAÉ

Avenida Silveira Brum, 20, Centro – CEP 36860-000 – TEL. (32) 3726-1233,  
Patrocínio do Muriaé – MG.



O CREDENCIANTE realizará a fiscalização dos serviços decorrentes desse termo, que ficará a cargo da Secretaria Municipal da Saúde, que designará servidor para tanto, não excluindo ou restringindo a responsabilidade do CREDENCIADO na prestação do serviço objeto desse termo.

## CLÁUSULA SEXTA - RESCISÃO

A rescisão deste Termo se dará numa das seguintes hipóteses:

- a) pela ocorrência de seu termo final;
- b) por solicitação do CREDENCIADO com antecedência de 30 (trinta) dias;
- c) por acordo entre as partes;
- d) unilateral, pelo CREDENCIANTE, após o devido processo legal, no caso de descumprimento de condição estabelecida no edital ou neste próprio termo.

## CLÁUSULA SÉTIMA - FORO

Para dirimir qualquer questão oriunda do presente Termo, fica eleito o FORO DA COMARCA DE EUGENOPOLIS/ MG, com exceção de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim, justos e combinados, em tudo quanto neste documento se contém, assinam-no em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os seus jurídicos e legais efeitos.

Patrocínio do Muriaé - MG, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paulo Aziz Daher  
Prefeito Municipal

Credenciado  
Representante legal nomeado: Sr.

Testemunhas:

1 - \_\_\_\_\_

CPF:

2 - \_\_\_\_\_

CPF: